

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Por favor responda las siguientes preguntas sobre su hijo.**

1. ¿Está amamantando a su hijo ahora? (are you breastfeeding?)  
 Sí. ¿Cuántas veces en 24 horas? \_\_\_\_\_  
 No. ¿Durante cuánto tiempo lo amamantó? \_\_\_\_\_  
¿Qué edad tenía su bebé cuando usted le empezó a dar fórmula? \_\_\_\_\_
2. ¿Cómo describiría la hora de la comida para usted y su familia?
3. ¿Cuántas comidas o bocadillos le ofrece a su hijo por día?
4. ¿Qué comidas le ofrece usualmente a su hijo?
5. ¿Cuáles son algunas de las comidas favoritas o menos favoritas de su hijo?
6. ¿Quién decide cuándo, cuánto, o qué come su hijo?
7. ¿Come su hijo carne de res, de ave, pescado o huevos crudos o medio crudos, o bebe leche o jugos sin pasteurizar?
8. ¿Qué tan bien se alimenta su hijo por sus propios medios?

9. ¿Qué usa su hijo para beber?  
 Taza     Vasito con popote     Taza y biberón     Biberón
10. ¿Si su hijo usa biberón, ¿cuáles son sus planes para hacer que deje de usarlo?
11. ¿Qué tipo de leche toma generalmente su hijo?  
 Leche entera o 2%     Leche 1% o descremada     Leche de cabra  
 Bebida de soja aprobada por WIC     Otra: \_\_\_\_\_
12. Además de la leche, ¿qué otras bebidas toma su hijo generalmente? (marque todas las que correspondan)  
 Agua     Jugo de frutas     Té     Otra: \_\_\_\_\_  
 Bebidas endulzadas (sodas, Kool-Aid®, ponche de frutas)
13. ¿Qué vitaminas o suplementos toma su hijo?
14. ¿Está su hijo recibiendo fluoruro?  
 Sí     No
15. ¿Está su hijo recibiendo un suplemento de vitamina D?  
 Sí     No     No sé